

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**  
**Escola Superior de Altos Estudos**

**Comorbidade e relação temporal entre ansiedade e depressão em  
idosos institucionalizados**



**Maria Carmen Clemente Sousa**

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica**  
**Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica**

**Coimbra, 2014**



Comorbidade e relação temporal entre ansiedade e depressão  
em idosos institucionalizados

Maria Carmen Clemente Sousa

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do  
Grau de Mestre em Psicologia Clínica  
Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo  
Prof. Auxiliar do ISMT

Coimbra, outubro de 2014

# Índice

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS .....	2
SINTOMAS DEPRESSIVOS E AS FUNÇÕES COGNITIVAS DO IDOSO .....	4
SINTOMAS ANSIOSOS E AS FUNÇÕES COGNITIVAS DO IDOSO .....	5
OBJETIVO .....	6
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>6</b>
DESENHO DA INVESTIGAÇÃO .....	6
ÂMBITO GERAL DO ESTUDO.....	6
PROCEDIMENTOS.....	7
INSTRUMENTOS.....	7
PARTICIPANTES .....	10
ANÁLISE DOS DADOS .....	13
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>21</b>

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 ..... 12

TABELA 2 ..... 13

TABELA 3 ..... 15

TABELA 4 ..... 16

## *Agradecimentos*

*Existem contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. A gratidão é uma virtude e por isso deve ser publicamente demonstrada:*

*À minha orientadora, Professora Doutora Helena Espírito Santo, pela sua disponibilidade, persistência e motivação que sempre transmitiu. Grata por tudo que foi e representou não só ao longo deste estudo, mas do meu trajeto académico.*

*A todos os utentes que participaram e às colegas que incansavelmente foram colocando os seus dados ao longo dos anos, cujo contributo se demonstrou único e essencial na persecução deste estudo de cariz longitudinal, obrigada.*

*À Dra. Raquel Santos, à Dra. Sofia Manaia, à Dra. Ana Afonso e a Dra. Catarina Azenha, agradeço o acolhimento e os ensinamentos.*

*À pessoa mais importante da minha vida, o meu filho, a quem tantas horas roubei e ao João, companheiro de sempre, pela paciência, coragem, e por tudo que têm feito por mim e comigo, o meu amor.*

*A todos os meus amigos, à Marisa, família e colegas, que sempre me apoiaram e que me confortaram nos momentos de angústia e desânimo, aqui fica o meu sinal de apreço.*

*Obrigada, mesmo até aqueles que me “espicaçaram”. Também, eles, deram um contributo no sentido da conclusão deste trabalho*

*A todos e a todas, para todos e para todas*

*Obrigada.*

## **Resumo**

**Objetivos:** Este estudo tem como objetivo determinar se a ansiedade é um fator preditivo de depressão, independentemente de características demográficas e clínicas.

**Método:** Utilizou-se como metodologia básica a aplicação de questionários para obtenção dos dados numa amostra de 83 idosos institucionalizados em Coimbra. O estudo foi de natureza prospetiva e *quasi-experimental*. Para atender aos objetivos propostos, foram aplicados vários instrumentos de avaliação psicológica: um questionário sociodemográfico; a Escala de Depressão Geriátrica; o Inventário de Ansiedade Geriátrica; a lista de Afetos Positivos e Negativos; O teste breve de rastreio cognitivo e o Questionário de Sono na Terceira Idade.

**Resultados:** Os resultados sugerem para os idosos institucionalizados que sofrem de ansiedade, sintomas de depressão e declínio cognitivo. A regressão logística mostrou que a depressão é influenciada pela ansiedade, sexo e sintomas negativos. A regressão de Cox rejeitou a influência do sexo, mas confirmou que a ansiedade é um fator preditivo de depressão (HR = 5,9 vezes), bem como as emoções negativas (HR = 3,8 vezes).

**Discussão.** Este estudo demonstra a importância do diagnóstico dos sintomas de ansiedade para prevenir a depressão. Não nos podemos esquecer que a depressão é comprovadamente fator de risco para muitas doenças físicas e mentais, por isso prevenir a depressão é também atuar noutras patologias.

**Palavras-chave:** ansiedade, depressão, idosos

## **Abstract**

**Objectives:** This study aims to determine whether anxiety is predictive of depression regardless of demographic and clinical characteristics.

**Method:** We used as basic methodology of data collection questionnaires administered in a sample of institutionalized elderly in Coimbra. The design was a quasi experimental study. To meet the proposed objectives, various psychological assessment tools, including the sociodemographic questionnaire; the Geriatric Depression Scale 30 items (GDS); the Geriatric Anxiety Inventory (GAI); the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS); the brief cognitive screening test (MMSE) and the Sleep Questionnaire in Elderly.

**Results:** The results suggest institutionalized elderly people suffer from anxiety, depression symptoms, and cognitive decline. Logistic regression showed that depression is influenced by anxiety, gender and negative symptoms. Cox regression reject gender, but confirm that anxiety is predictive of depression (HR = 5.9 times) as well as negative emotions (HR = 3.8 times).

**Discussion.** This study shows the importance of diagnosis of anxiety symptoms for preventing depression. We can forget that depression is proven risk factor for fisical and mental diseases.

**Keywords:** anxiety, depression, Elderly

## **Introdução**

A elevada longevidade que advém, quer das melhores condições socio sanitárias e de vida, quer do enorme avanço tecnológico, transformou o envelhecimento da população num fenómeno mundial e Portugal não é exceção a este cenário, antecipando-se que os idosos venham a ultrapassar os jovens já em 2015 (Davim, Torres, Dantas, e Lima, 2004; WHO-Europe, 2012).

Este aumento da esperança de vida eleva também o número de doentes com patologias degenerativas, já que implica um maior risco de doença e, consequentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais.

São multifatoriais as razões e os motivos que retiram progressivamente toda a independência e qualidade de vida ao idoso (Artero, Tierney, Touchon e Ritchie, 2003), não obstante, os diagnósticos psicológicos precoces continuam a ser um dos objetivos mais importantes, quer para a prevenção das várias doenças, quer devido aos potenciais benefícios do tratamento precoce (Jager e Budge, 2005).

A última década tem produzido um grande número de pesquisas sobre a estrutura de depressão e ansiedade enquanto construtos afetivos e distúrbios como clínicos inter-relacionados, contudo permanece a questão se existe uma estrutura de experiência afetiva que permanece consistente ao longo de toda a vida. A relação entre depressão e ansiedade em idade adulta tardia recebeu muito pouca atenção deste tipo de pesquisa, pois a produção científica acerca do tema e dos quais resultam a compreensão atual destas questões foram realizados em estudantes. Compreender a relação estrutural de ansiedade e depressão na idade avançada pode ajudar a explicar as diferenças observadas na prevalência da ansiedade e depressão major em diferentes idades. Além disso, diversos autores sugeriram que a depressão e a ansiedade podem ser fenomenologicamente diferentes em idade avançada, pondo por terra toda a inferência das teorias acerca da ansiedade e da depressão dos mais novos para os idosos (Aizenstein et al., 2011; Meeks, Woodruff-Borden e Depp, 2003).



## **Ansiedade e Depressão em idosos**

Muitos idosos nessa etapa da vida são acometidos por distúrbios mentais (Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri, 2006). No entanto, Gazalle, Hallal e Lima (2004) nos seus estudos concluíram que problemas psicológicos em idosos, como a ansiedade, depressão e desesperança, são pouco investigados em ambientes clínicos, embora sejam comuns como queixas clínicas. Na verdade muitos estudos em vários países têm mostrado uma prevalência de problemas psicológicos que varia entre os 3% e os 52,2% (revisão de Maia, Durante, e Ramos, 2004, p. 654). Maia e colaboradores (2004), por exemplo, mostraram, à semelhança de muitas outras investigações que a população idosa com perturbações mentais é, maioritariamente feminina, viúva ou sem companheiro, mais envelhecida, menos escolarizada, e tem declínio cognitivo e varias doenças crónicas em cormobidade.

Particularizando, em relação à depressão, ela é menos prevalente entre os idosos do que entre os adultos mais jovens, mas pode ter consequências graves. Embora as taxas de suicídio em idosos estejam em declínio, ainda são mais elevadas do que em jovens adultos e a sua relação mais estreitamente associada com a depressão. Os idosos deprimidos têm menos capacidade de lidar com os sintomas afetivos e são mais propensos a apresentar alterações cognitivas e somáticas do que os adultos mais jovens na mesma situação. A possibilidade de que a história da depressão seja um fator de risco para a demência precisa ser encarada como um facto que necessita de explicações que confirmem a sua associação. Por isso numa meta-análise que atualiza os dados sobre a história da depressão como um fator de risco para a demência expõe a necessidade do assunto ser mais investigado (Jorm, 2001). Os fatores de risco que levam ao desenvolvimento de depressão na velhice provavelmente compreendem interações complexas entre vulnerabilidades genéticas, cognitivas, alterações neurobiológicas associadas à idade, e eventos stressantes. A privação do sono é um fator de risco, para depressão na velhice, a ter em conta, apesar de ser, muitas vezes, subestimado. A redução de atividades diárias e os pensamentos negativos e auto-crítico podem agravar e manter um estado de depressão (Fiske, Wetherell e Gatz, 2009). Também um estudo português prospetivo de dois anos em idosos institucionalizados mostrou que a depressão é uma questão de preocupação para os profissionais que trabalham este tipo de idosos. A ansiedade, solidão e a carência de afetos positivos constituem um fator de

risco para depressão. Têm sido referidos, como fatores de proteção, o ensino superior, o nível socioeconómico, a participação em atividades valorizadas e, o envolvimento religioso ou espiritual (Barnes et al., 2012). A presença de depressão está negativamente associada com a solidão e ansiedade, e a ausência de depressão está correlacionada com os afetos positivos (Dunn, 2012; Espírito-Santo et al., 2014). O estudo de Gazalle e colaboradores (2004) mostrou que a taxa de depressão foi significativamente maior em mulheres (28,7%) do que em homens (14,8%), demonstrando que 76,6% dos idosos, que nunca ou muito raramente eram questionados sobre como se sentiam, experimentavam sentimentos de tristeza ou de depressão. A mesma investigação detetou, ainda, maior frequência de tristeza, ansiedade, perda de energia, distúrbios do sono, isolamento e ruminações sobre o passado entre as mulheres com correlação positiva entre idade e os referidos sintomas. A presença de sintomatologia depressiva está, também, negativamente correlacionada com o funcionamento social, físico, mental e com a qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde (Buhse, Banker e Clement, 2014).

Em relação à ansiedade, existem poucos estudos que tenham avaliado a natureza da ansiedade nos idosos, e, quando existem, a maioria desses estudos não se concentra em tipologias de ansiedade específicas (Gretarsdottir, Woodruff-Borden, Meeks e Depp, 2004), mas na eficácia das terapias ou em estudos psicométricos (Agrigoroaei e Lachman, 2011; Alves, 2012; Bedford, Lukic, Allerhand e Deary, 2011; Berle e colaboradores 2011; Broomfield e al., 2011; Coote e MacLeod, 2012; Costa e Pinto-Gouveia, 2011; Joseph, Murphy e Regel, 2012; Kabacoff, Segal, Hersen e Van Hasselt, 1997; Köhler e colaboradores 2013; Linden, Zubrägel e Bär, 2011; Moessner, Gallas, Haug e Kordy, 2011; Müller, Arikian, de Zwaan e Mitchell, 2013; Pérez-Álvarez, García-Montes, Vallina-Fernández, Perona-Garcelán e Cuevas-Yust, 2011; Wuyek, Antony e McCabe, 2011). O consenso geral na literatura é que a prevalência dos vários tipos de problemas de ansiedade em idosos é inferior em relação aos adultos jovens (5,5% contra 7,3%) (revisão de Gretarsdottir e colaboradores 2004). Quanto à natureza de ansiedade, as pessoas idosas com níveis ansiosos elevados apresentam uma tendência para sofrer por antecipação e a questionar suas habilidades intelectuais, criando sobre si um conjunto de pensamentos negativos que interferem na atenção seletiva, na

codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio (Oliveira et al., 2006).

Estas duas patologias estão habitualmente associadas, e em adultos mais velhos, a comorbidade entre ansiedade e transtornos depressivos parece ser tão frequente quanto em adultos jovens. Fatores de risco distintos foram observados, quer para a depressão major, quer para a ansiedade, e foi sugerido recentemente que a ansiedade pode ser um fator de risco para depressão incidente e persistente em idosos (Potvin et al., 2013). A comorbidade entre a depressão e a ansiedade tem sido pouco estudada, contudo diversos autores sugeriram que a depressão e a ansiedade podem ser fenomenologicamente diferentes em idade avançada não permitindo a extrapolação dos mais novos para os idosos (Meeks et al., 2003). Os poucos estudos longitudinais, como o LASA (6 anos) e o estudo epidemiológico NESARC sobre o álcool e condições relacionadas mostraram que a relação entre a ansiedade e a depressão pode ser diferente em adultos mais velhos e mais novos (3 anos de *follow-up*), quer ao nível dos sintomas, quer ao nível da severidade dos mesmos, com um risco de maior gravidade para os idosos do que os adultos mais jovens (Potvin et al., 2013). O estudo de Aalten e colaboradores (2007) demonstrou que a ansiedade e a depressão são muito comuns em pacientes com sintomas neuropsiquiátricos, tendo Byrne (2010) demonstrado uma associação entre ansiedade, depressão e doenças físicas. Finalmente, o declínio cognitivo ou baixa auto-perceção de saúde pode explicar a relação entre ansiedade e depressão nos mais idosos (Potvin et al., 2013).

### **Sintomas depressivos e as funções cognitivas do idoso**

A relação entre os sintomas depressivos e as funções cognitivas do idoso mantém-se um assunto polémico. Li, Meyer e Thornby (2001), num estudo longitudinal, referem que a depressão pode constituir um sinal ou um fator de risco para a demência. Também Barnes e colaboradores (2012), nas suas recomendações, indicam que a depressão tardia pode ser parte do indicativo de doença de Alzheimer. Já Luppa e equipa (2013), num estudo prospetivo de oito anos de base populacional, não encontraram associação significativa entre a depressão e a incidência de demência.

Também Gale, Allershand e Deary (2012), num estudo longitudinal com idosos, consideraram que não havia nenhuma evidência consistente de que ser mais deprimido levava a uma aceleração do declínio cognitivo, considerando que não havia suporte para a hipótese de que pode haver influências dinâmicas recíprocas entre a capacidade cognitiva e os sintomas depressivos. No entanto, a função cognitiva média diminuiu com a idade e de forma independente dos sintomas depressivos.

Há alguns aspectos sociodemográficos que parecem contribuir para a relação entre depressão e declínio/demência. Ritchie e Tuokko (2007), por exemplo, mostraram que ser mulher é um fator protetor contra a demência. Num estudo de coorte retrospectivo, envolvendo uma amostra de 13.535 indivíduos, os autores demonstraram, também, que os sintomas depressivos na meia-idade ou em idade avançada estão associados com um risco aumentado de desenvolvimento de demência. Num estudo longitudinal de 13 anos, que envolveu 516 indivíduos idosos entre os 70 e 103 anos avaliados 11 vezes em quatro domínios de habilidades cognitivas (velocidade perceptual, memória pontual, fluência e conhecimento verbal), com a cognição a ser controlada pelo diagnóstico de demência, efeito reteste, idade, sexo, *status* socioeconómico, desempenho sensório-motor e características de personalidade, Ghisletta, McArdle e Lindenberger (2006) demonstraram que as funções cognitivas afetam positivamente a longevidade.

### **Sintomas Ansiosos e as Funções Cognitivas do Idoso**

Até recentemente, a investigação sobre os efeitos da psicopatologia na cognição em adultos mais velhos tinha-se focado principalmente sobre os sintomas depressivos. E embora se tenha provado que a depressão tem efeitos negativos sobre a função cognitiva, a relação análoga da ansiedade com a capacidade cognitiva tem sido menos bem pesquisada. Contudo, os estudos, ainda que poucos, mostram comorbidade entre ansiedade e disfunção cognitiva em pessoas com transtornos de ansiedade (Stillman, Rowe, Arndt e Moser, 2012). Embora o mecanismo envolvido na relação entre ansiedade e cognição permaneça incerto, a ansiedade precede a disfunção cognitiva, postulando-se que a memória de trabalho é interrompida pela ansiedade, levando a uma deterioração geral do desempenho cognitivo. No entanto, a ansiedade pode não prejudicar a eficácia do desempenho (qualidade do desempenho), quando se utilizam

estratégias compensatórias (p.e., maior esforço, maior utilização de recursos de processamento (Eysenck, Derakshan, Santos e Calvo, 2007)).

## **Objetivo**

Assim, com base num subgrupo de uma grande amostra de idosos institucionalizados com idades superiores a 65 anos, este estudo tem como objetivo verificar se a ansiedade é fator preditivo de depressão, independentemente das características demográficas e clínicas.

## **Metodologia**

### **Desenho da Investigação**

Utilizámos como metodologia básica de recolha dos dados questionários de resposta direta administrados numa amostra de idosos institucionalizados de várias respostas sociais de Coimbra. Relativamente ao tipo de amostra, e de acordo com Freedman (2008), estamos perante uma amostra de resposta voluntária. Quanto ao desenho de estudo, foi *quasi* experimental, uma vez que não respeita todas as condições exigidas a um estudo experimental, com relevo para a aleatorização da amostra.

### **Âmbito Geral do Estudo**

Este estudo insere-se no projeto que se encontra a decorrer no Instituto Superior Miguel Torga, o *Trajetórias do Envelhecimento*, cujo objetivo é avaliar cognitivamente todos os institucionalizados no distrito de Coimbra e que se iniciou em novembro de 2010, e perfazendo à data, na globalidade do distrito, 15.209 idosos, tendo aumentado, de acordo com os últimos dados disponíveis, para 15.498 (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2012).

## Procedimentos

Depois de contactar, por carta, com descrição completa do estudo, estabelecemos protocolos de parcerias com várias instituições que fornecem resposta social à população idosa no distrito de Coimbra. A avaliação inicial ocorreu depois do fornecimento do consentimento informado de cada idoso e inclui a *Avaliação Breve do Estado Mental* para a deteção de défice cognitivo; o *Inventário Geriátrico de Ansiedade* (GAI) para a presença de sintomas de ansiedade; a *Escala Geriátrica da Depressão* (GDS) para os sintomas depressivos; a *Escala de Satisfação com a Vida* e a *Lista de Afetos Positivos e Negativos* (PANAS); o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) para o declínio cognitivo; a *Figura Complexa de Rey* para as dificuldades viso-espaciais; o *Teste de Fluências Verbais* para as dificuldades de Linguagem; o *Teste Stroop* para as dificuldades de atenção; o *Teste do Tempo e do Troco* que ajuda a diagnosticar a demência; o *Rey 15-item* para a simulação de esforço; a *Bateria de Avaliação Frontal* para as funções executivas; a *Escala de Solidão* (UCLA) para os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social; o *Questionário sobre o Sono na Terceira Idade* (QSTI) para medir a qualidade e padrões de sono; a *Avaliação Geral do Idoso* que ajuda a compreender a saúde do idoso no todo e a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (perguntas relativas a Episódio Depressivo Major sem/com características Melancólicas e Perturbação da Ansiedade Generalizada) na qual se confirmam ou não as perturbações de Depressão e de Ansiedade.

Na presente dissertação, recorremos a um conjunto de instrumentos relevantes para a nossa temática, aos quais dedicamos o ponto que se segue.

## Instrumentos

Para o cumprimento dos objetivos propostos, foram utilizados vários instrumentos de avaliação psicológica (sempre lidos pelos avaliadores) que a seguir apresentamos:

**O Questionário sociodemográfico** foi realizado com o objetivo de recolher informações biográficas e sociais. Este questionário, estruturado, acerca das características sociodemográficas dos sujeitos, permitiu recolher maiores detalhes sobre a população do estudo. Criado especificamente para este estudo, permitiu caracterizar os

aspetos: idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão (última), n.º de filhos, coabitação, nome da instituição e resposta social. Aqui foi, também, criado um espaço para colocar os resultados gerais (pontuação) obtidos por cada idoso na bateria aplicada.

**M.I.N.I.** (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) de Sheehan e colaboradores (1998, traduzido para português por Guterres, Levy e Amorim, 1999). Esta entrevista foi escolhida porque avalia a depressão segundo os critérios do DSM-IV e é de rápida administração (Amorim, 2000). Utilizámos somente as questões que avaliam a depressão e a ansiedade generalizada.

A **Escala Geriátrica da Depressão** (GDS, *Geriatric Depression Scale*) de Yesavage e colaboradores (1983) existe em 3 versões: GDS de 5 itens (Hoyl e colaboradores 1999), GDS de 15 itens (Sheikh e Yesavage, 1986) e GDS de 30 itens (Baldwin e Wild, 2004). Neste estudo foi utilizada a versão de 30 itens, cuja pontuação a cada item é dicotómica (um ponto nos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28 se a resposta for afirmativa e nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, por cada resposta negativa. Nas restantes opções atribui-se uma pontuação de zero). Usámos este questionário somente para validar o diagnóstico de depressão. Para esse efeito utilizamos os pontos de corte fornecidos por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2007): um resultado entre 0-10 indica ausência de depressão; entre 11-20 demonstra depressão ligeira e entre 21-30 evidencia depressão grave. No nosso estudo, o GDS apresentou coeficientes de consistência interna e fidedignidade inferiores a 0,8, ( $\alpha = 0,86$ ;  $r = 0,54$ ;  $p < 0,01$ ;  $\kappa = 0,15$ ;  $p < 0,01$ ).

O **Inventário Geriátrico da Ansiedade** (GAI, *Geriatric Anxiety Inventory*, Pachana et al., 2007) é de fácil e rápida administração e avalia a ansiedade da população idosa e apresenta boa validade convergente com os outros instrumentos que avaliam a ansiedade. É composto por 20 itens, sendo as opções de resposta “concordo” (um ponto) ou “discordo” (zero pontos), referindo-se sempre à última semana. O ponto de corte de 10/11, para a Perturbação de Ansiedade Generalizada na amostra psicogeriatrica, mostrou uma sensibilidade de 75% e especificidade de 84% (Pachana et al., 2007). No nosso estudo, o GAI apresentou boas propriedades psicométricas ( $\alpha = 0,93$ ; uma semana:  $r = 0,91$ ;  $\kappa = 0,99$ ).

**Lista de Afetos Positivos e Negativos** (PANAS, *Positive and Negative Affect Schedule*, Watson, Clark e Tellegen 1988; Tradução e Adaptação, Simões, 1993) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar o bem-estar subjetivo e a afetividade. A versão portuguesa do PANAS (Simões, 1993) inclui 11 itens para avaliar o afeto positivo e 11 itens para avaliar o afeto negativo, tendo um item a mais em cada componente comparada com a escala original. Simões (1993) verificou um alfa de Cronbach de 0,82 para a subescala do afeto positivo e 0,85 para a subescala de afeto negativo.

**A Escala de Solidão (UCLA)** foi originalmente construída por Russel, Replau e Ferguson em 1978 (Russell, Peplau, e Ferguson, 1978) e a versão portuguesa traduzida e adaptada por Margarida Pocinho, Carlos Farate e Carlos Amaral Dias em 2005 (Pocinho, Farate, e Dias, 2000). Dos 20 itens originais, com vista à avaliação dos sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social, foram excluídos 4 itens, ficando a versão portuguesa da UCLA com 16 itens. É uma escala com quatro alternativas de resposta que variam entre Nunca (1), e Frequentemente (4). A análise fatorial mostrou a existência de dois fatores (isolamento social e afinidade). As propriedades psicométricas mostraram-se boas, uma vez que em nenhum dos coeficientes de consistência interna medida pelo alfa de Cronbach se obtiveram valores inferiores a 0,8.

**O Questionário sobre o Sono na Terceira Idade (QSTI)** de Gomes (2005), adaptado por Marques e equipa (2012) à nossa amostra, é um instrumento utilizado para medir a qualidade subjetiva do sono com uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,81$ ). Este questionário é constituído por sete itens com cinco opções de resposta, variando a pontuação total entre 0 e 35 (pior sono), que avaliam a latência do sono, dificuldade em adormecer, quantidade de despertares noturnos, acordar naturalmente antes da hora desejada, de que forma o acordar mais cedo do que o desejado constitui um problema para a pessoa e dois itens que avaliam a qualidade subjetiva do sono em geral e o sono profundo.

**O teste breve de rastreio cognitivo (MMSE, *Mini-Mental State Examination*:** Folstein, Folstein e McHugh, 1975) consiste num instrumento breve de rastreio cognitivo/avaliação de demência, fidedignidade teste-reteste, após um intervalo de quatro semanas ( $r = 0,99$ ) e boa concordância ( $\kappa = 0,86$ ) inter-avaliadores (Lezak et al., 2012; Pezzotti, Scalmana, Mastromattei e Di Lallo, 2008). O MMSE consiste em 30



perguntas tarefas de orientação temporal e espacial, atenção/controlo mental, retenção, nomeação, evocação, repetição, compreensão, escrita, leitura e habilidade construtiva (Folstein, Folstein, e Fanjiang, 2001) que variam entre 0 e 1, somando, no máximo, 30 pontos. Os pontos de corte da versão portuguesa são: 22 para uma escolaridade de 1 a 11 anos; 27 para 11 anos de escolaridade e 15 para analfabetos (Guerreiro e colaboradores 1994). No nosso estudo o MMSE apresenta consistência interna razoável ( $\alpha=0,76$ ).

**A Avaliação Cognitiva de Montreal** (MoCA, *Montreal Cognitive Assessment*) foi desenvolvida por Nasreddine e colaboradores (2005) e avalia diversos domínios cognitivos (atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstração, cálculo e orientação) para o rastreio cognitivo de Doença Cognitiva Ligeira. A pontuação total do instrumento é de 30 pontos, e o ponto de corte é de 26 pontos, a partir da qual, a função é considerada normal (Guerreiro, 2010). De acordo com Guerrero-Berroa e colaboradores (2009) apresenta boas propriedades psicométricas ( $\alpha$  de Cronbach = 0,83, teste-reteste  $\pm$  26 dias,  $r = 0,92$ ).

## Participantes

A amostra deste estudo incluiu no momento inicial 88 idosos com pelo menos um *follow-up*, contudo apenas 83 (94%) dos idosos tinham dados válidos na escala GDS, que avalia a depressão geriátrica ao longo do tempo (Figura 1).

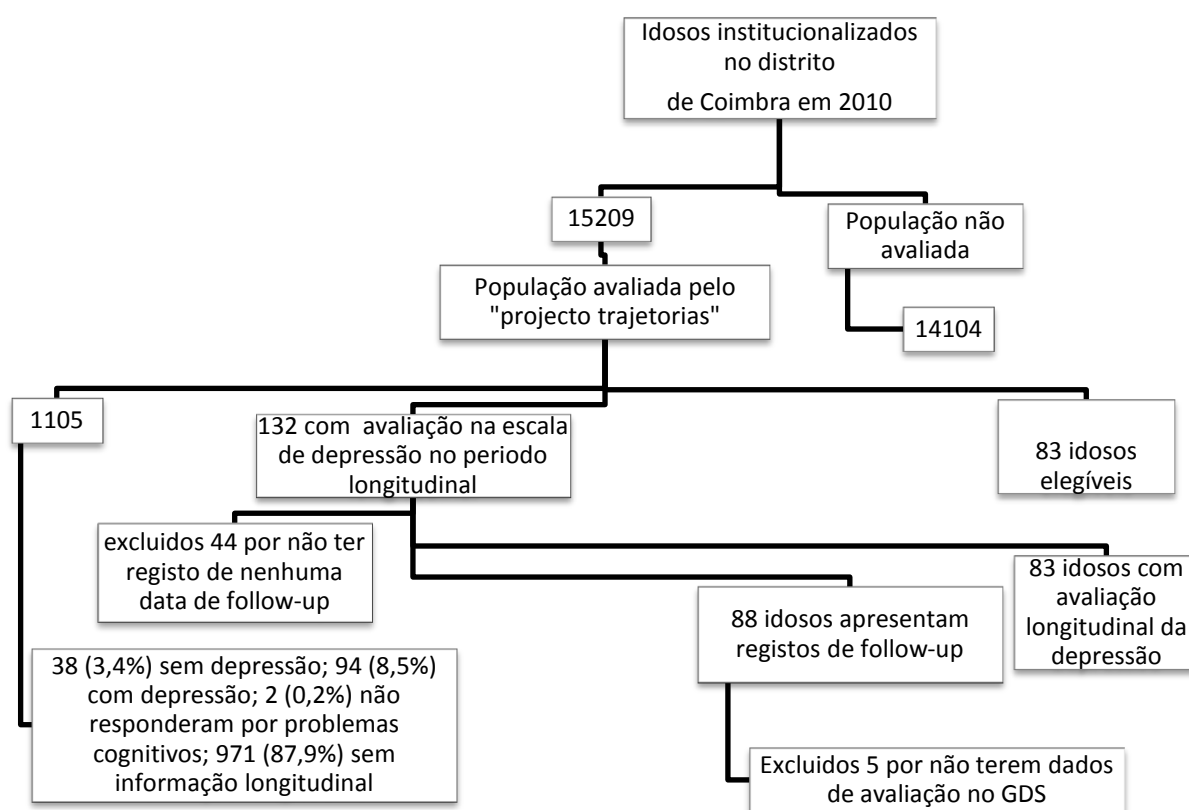


Figura 1. Critérios de elegibilidade

Relativamente à caracterização sociodemográfica (Tabela 1), dos 83 idosos que se incluíram neste estudo 23 (26,1%) são do sexo masculino e 65 (73,9%) do sexo feminino, com idades médias de 80 anos ( $DP = 7$  anos).

No que diz respeito às habilitações literárias, 36 (43,4%) idosos não têm escolaridade, até ao 12.º Ano existem 44 idosos (53%) estando em menor número os idosos com formação pós graduada 3 (3,6%).

Como seria de esperar 67 (80,7%) da amostra não tem companheiro e destes 77,6% são mulheres. No que diz respeito ao tratamento psicofarmacológico, 18,1% dos idosos acompanhados tomavam psicotrópicos e 30,1% tinham défice cognitivo ligeiro.

Ainda, no que à saúde mental diz respeito, 71,3% apresentavam-se deprimidos e em média 13 sintomas de ansiedade o que tendo em conta o ponto de corte (10/11) é revelador de ansiedade.

Relativamente à saúde física 42,2% apresentava risco cerebrovascular, 24,1% tinham um diagnóstico múltiplo, com 36,1% (30,1% + 6%) apresentava um diagnóstico final de doença com impacto na função cognitiva ou mental.

Tabela 1

**Caracterização Geral da Amostra**

		Idosos (n = 23)	Idosas (n =60)	Total
<b>Características Sociodemográficas</b>				
Idade, <i>M (DP)</i>		<i>M</i> = 77,82 (7,99)	<i>M</i> =80,92 (6,99)	<i>M</i> = 80,09 (6,68)
Escolaridade <i>n (%)</i>	Sem escolaridade	9 (25)	27 (46,9)	36(43,4)
	≤12 anos	13 (29,5)	31 (70,5)	44 (53)
	≥13 anos	-	3 (100)	3 (3,6)
Estado Civil <i>n (%)</i>	Sem companheiro	15 (22,4)	52 (77,6)	67 (80,7)
	Com companheiro	7 (43,8)	9 (56,3)	16 (19,3)
<b>Saúde mental</b>				
QSTI, <i>M (DP)</i>		<i>M</i> =18,42 (6,88)	<i>M</i> = 19,10 (5,27)	<i>M</i> = 18,92 (5,67)
Psicotrópicos <i>n (%)</i>	Não	1 (6,7)	14 (93,3)	15 (18,1)
	Sim	6 (40)	9 (60)	15 (18,1)
MMSE <i>n (%)</i>	Sem défice cognitivo	18 (31,0)	40 (69,0)	58 (69,9)
	Com défice cognitivo	4 (16,0)	21 (84,0)	25 (30,1)
GDS	Sem depressão	7 (30,4)	16 (69,6)	23 (28,8)
	Com Depressão	14 (24,6)	43 (75,4)	57 (71,3)
GAI Total, <i>M (DP)</i>		<i>M</i> = 10,36 (5,51)	<i>M</i> =13,72 (5,66)	12,82 (5,78)
PANAS (-), <i>M (DP)</i>		<i>M</i> = 24,62 (8,45)	<i>M</i> = 28,88 (9,46)	<i>M</i> = 27,78 (9,35)
PANAS (+), <i>M (DP)</i>		<i>M</i> = 25,62 (5,95)	<i>M</i> = 28,38 (6,64)	<i>M</i> = 27,67 (6,55)
<b>Saúde física</b>				
Doença Cardiovascular <i>n (%)</i>	Sem Risco cérebro vascular	7 (23,3)	23 (76,7)	30 (36,1)
	Com Risco cérebro vascular	11 (31,4)	24 (68,6)	35 (42,2)
Diagnóstico Múltiplo <i>n (%)</i>	Não	9 (27,3)	24 (72,7)	33 (39,8)
	Sim	6 (30,0)	14 (70,0)	20 (24,1)
Diagnóstico Final <i>n (%)</i>	Saudável ou s/impacto cognitivo	5 (16,7)	25 (83,3)	30 (36,1)
	C/impacto na função cognitiva	9 (36,0)	16 (64,0)	25 (30,1)
	Doença mental	3 (60,0)	2 (40,0)	5(6,0)

Notas: QSTI = Questionário Sobre o Sono na Terceira Idade; MMSE= Teste Breve de Rastreio Cognitivo; GDS = Escala Geriátrica da Depressão; GAI = Inventário Geriátrico da Ansiedade; PANAS (+) = Lista de Afetos Positivos; PANAS (-) = Lista de Afetos Negativos

## Análise dos Dados

Para realizar as análises estatísticas, utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21, SPSS Inc., 2012, para Windows 7. Todas as análises foram efetuadas com o Software SPSS Statistics (V.21; IBM SPSS, *Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows 7 SPSS Inc., 2011.

Para a caracterização da nossa amostra, foi realizada a estatística descritiva com o cálculo das médias, desvios-padrão, e frequências. Na análise descritiva das pontuações dos instrumentos, estudámos a normalidade da distribuição das pontuações.

O pressuposto da normalidade foi validado com o teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) com a correção de Lilliefors.

Calcularam-se também medidas de curtose (ku) e assimetria (sk) para as variáveis em estudo:

Tabela 2

### Medidas de Assimetria

	Curtose	Simetria	Kolmogorov-Smirnov	<i>p</i>
Idade	0,57	-0,43	0,08	0,200
GAI <sup>1</sup>	0,63	-0,71	0,14	<0,001
PANAS (+)	-0,86	-0,22	0,08	0,200
PANAS (-)	-0,62	0,24	0,07	0,200
UCLA <sup>1</sup>	-0,98	-0,15	0,11	0,070
MoCA <sup>1</sup>	0,08	0,57	0,11	0,019
QSTI	-0,54	0,36	0,11	0,155

Notas: GAI = Inventário Geriátrico da Ansiedade; PANAS (+) = Lista de Afetos Positivos; PANAS (-) = Lista de Afetos Negativos; UCLA = Escala de Solidão; MoCA = Avaliação Cognitiva de Monte Real; QSTI = Questionário Sobre o Sono na Terceira Idade;

Por ser um estudo longitudinal com o objetivo de predição, foi utilizado o teste de regressão Cox para as medidas de interesse. A Regressão de Cox é uma técnica estatística que é utilizada para avaliar o risco proporcional e permite obter resultados

<sup>1</sup> Não tem distribuição normal por isso utilizou-se teste não-paramétrico.

ajustados para possíveis variáveis de *confundimento* ou parasitas. O modelo multivariado de risco proporcional de Cox aplica-se quando estamos interessados no tempo até à ocorrência de um determinado evento (no nosso caso a depressão) e, na identificação de um conjunto de atributos que nos permitam prever a ocorrência desse evento ou desfecho. A estatística proporcional ou rácio de *hazard* de Cox (HR) chamado de modelo não paramétrico (ou semi-paramétrico) porque as distribuições subjacentes não necessitam ser conhecidas. O modelo de Cox dá aproximadamente a mesma resposta dos seus equivalentes paramétricos (p.e., as distribuições Weibull, exponencial, de Gompertz, etc.), contudo o modelo de Cox é o mais comumente usado por não exigir pressupostos de distribuição e ser bastante competitivo, em termos de poder discriminante, com a tradicional regressão logística (Correia, 2007). Para a seleção das variáveis a incluir na regressão, iniciámos o estudo por uma análise bivariada entre os fatores demográficos, covariáveis e preditores que se associavam à *ausência/presença de depressão* no momento final. Para as variáveis de natureza dicotómica, usámos o teste do Qui-quadrado e para as variáveis de natureza quantitativa, utilizámos o teste *t* de Student ou *U* de Mann-Whitney para dados independentes, em função do cumprimento/ incumprimento dos requisitos da estatística paramétrica (distribuição normal, simetria e tamanho dos grupos).

## Resultados

No estudo em curso, 57 idosos (71,3%) apresentaram depressão na última avaliação neuropsicológica.

A Tabela 3 compara as características dos idosos no início do estudo com a depressão ao fim de uma média de 24 meses de *follow-up*, oscilando entre os 14 e os 48 meses. A estatística inferencial apresentada na tabela tem como objetivo o reconhecimento das variáveis que apresentam uma covariação estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva de *follow-up*.

Com efeito o sexo, a ansiedade e os sentimentos negativos apresentam-se associados à depressão, com as mulheres idosas a apresentar uma prevalência pontual superior. Da mesma forma, também os deprimidos têm mais sintomas ansiosos e afetos negativos.

Assim incluiremos na análise de regressão Cox estas três variáveis.

Tabela 3

**Estatística Bivariada para Seleção das Variáveis a incluir na Regressão de Cox**

		Sem depressão		Com Depressão		<i>p</i>
		(n = 23: 28,8%)		(n = 57: 71,3%)		
<b>Características Sociodemográficas</b>						
Idade, <i>M</i> ( <i>DP</i> )		<i>M</i> = 79,91 (6,84)		<i>M</i> = 80,15 (6,68)		0,885 <sup>a</sup>
Sexo, <i>n</i> (%)	Masculino	11 (47,8)		11 (18,3)		0,006 <sup>c</sup>
	Feminino	12 (52,2)		49 (81,7)		
Escolaridade, <i>n</i> (%)	Sem escolaridade	12 (52,2)		24 (40,0)		0,449 <sup>c</sup>
	< 12 anos	11 (47,8)		33 (55,0)		
	> 13 anos	-		3 (5,0)		
Estado Civil, <i>n</i> (%)	Sem companheiro	19 (82,6)		48 (80,0)		1,000 <sup>c</sup>
	Com companheiro	4 (17,4)		12 (20,0)		
<b>Saúde mental</b>						
QSTI, <i>M</i> ( <i>DP</i> )		<i>M</i> = 18,88 (7,17)		<i>M</i> = 18,95 (5,01)		0,690 <sup>b</sup>
Psicotrópicos, <i>n</i> (%)	Não	4 (36,4)		11 (57,9)		0,256 <sup>c</sup>
	Sim	7 (63,6)		8 (42,1)		
MMSE, <i>n</i> (%)	Sem défice cognitivo	19 (82,6)		39 (65,0)		0,118 <sup>c</sup>
	Com défice cognitivo	4 (17,4)		21 (35,0)		
GAI Total, <i>M</i> ( <i>DP</i> )		<i>M</i> = 8,43 (5,96)		<i>M</i> = 14,53 (4,76)		< 0,001 <sup>b</sup>
PANAS (-), <i>M</i> ( <i>DP</i> )		<i>M</i> = 21,09 (7,51)		<i>M</i> = 30,27 (8,77)		< 0,001 <sup>a</sup>
PANAS (+), <i>M</i> ( <i>DP</i> )		<i>M</i> = 28,81 (6,59)		<i>M</i> = 27,24 (6,53)		0,337 <sup>a</sup>
<b>Saúde física</b>						
Doença Cardiovascular <i>n</i> (%)	Sem Risco cérebro vascular	8	40,0	22	48,9	0,507 <sup>c</sup>
	Com Risco cérebro vascular	12	60,0	23	51,1	
Diagnóstico Múltiplo <i>n</i> (%)	Não	11	68,8	22	59,5	0,522 <sup>c</sup>
	Sim	5	31,3	15	40,5	
Diagnóstico Final <b>n</b> (%)	Saudável ou s/impacto cognitivo	8	34,8	22	36,7	0,698 <sup>c</sup>
	C/impacto no função cognitiva	9	39,1	16	26,7	
	Doença mental	1	4,3	4	6,7	

Notas: QSTI = Questionário Sobre o Sono na Terceira Idade; MMSE= Teste Breve de Rastreio Cognitivo; GDS = Escala Geriátrica da Depressão; GAI = Inventário Geriátrico da Ansiedade; PANAS (+) = Lista de Afetos Positivos; PANAS (-) = Lista de Afetos Negativos

<sup>a</sup>*t* de Student,

<sup>b</sup>*U* de Mann-Whitney ou

<sup>c</sup>Qui-quadrado.

Para avaliar a significância estatística procedemos, para além da análise clássica, (diferenças e associações entre variáveis) à análise multivariada. Com efeito, como se

pretendia determinar o efeito independente da ansiedade sobre a depressão, recorremos à análise multivariada regressão de Cox que a seguir se apresenta.

Como se pode observar na Tabela 4, o modelo ajustado proporcional de *hazard* (HR) demonstrou que as variáveis não se conjugam num modelo preditor, contudo quando vistas em separado (modelo não ajustado), as variáveis que poderão ser preditoras da depressão são a ansiedade (GAI) e os afetos negativos (PANAS negativo).

O rácio de *hazard* (1,059) demonstra que, por cada sintoma ansioso, independentemente das outras variáveis, a probabilidade de ter depressão aumenta 5,9%. Da mesma forma, por cada ponto na escala de afeto negativo, a probabilidade de ter depressão aumenta 3,8%.

Tabela 4

**Sintomatologia Depressiva nos Idosos**

Preditores	Não ajustado HR (95% CI)	<i>p</i>	Ajustado para preditores HR (95% CI)	<i>p</i>
Sexo	0,783 (0,405 – 1,514)	0,466	1,052 (0,528 – 2,096)	0,887
GAI Total	1,059 (1,005 – 1,1,6)	0,033	1,020 (0,950 – 1,095)	0,583
PANAS Negativo	1,038 (1,011 – 1,066)	0,005	1,031 (0,993 – 1,071)	0,108

**Discussão e Conclusão**

A depressão constitui a principal causa de incapacidade em todo o mundo, afetando pessoas de todas as idades em todas as zonas do globo. Os sintomas emocionais, mais relacionados com a forma como nos sentimos, com a disposição geral, referem-se a queixas e manifestações de ansiedade e irritabilidade entre outras (Quartilho, 2010). As perturbações mentais comuns, incluindo depressão e ansiedade, aparecem associados a sintomas físicos e origens social partilhadas. Quartilho (2010) refere que apenas um em cada dez ou quinze indivíduos com sintomas de perturbação mental chega as consultas

de psiquiatria. A frequência e impacto com que este facto acontece justificam os estudos que envolvem os sintomas de depressão e ansiedade. Muitas pessoas com perturbação mental têm, muitas vezes, uma mistura de depressão e ansiedade, ficando a dúvida acerca do tipo de ligação: uni ou bidirecional. Podemos especular que uma e outra constituem fatores de risco mútuos, com partilha de determinantes sociodemográficos físicos e mentais. Só pelo exposto, este estudo que tem por objetivo examinar se a ansiedade é um preditor independente da ocorrência da depressão, fica justificado. Para o efeito recorremos a uma amostra de 83 idosos institucionalizados, num estudo de natureza longitudinal. Antes de passarmos ao cumprimento dos nossos objetivos, fomos averiguar quais as frequências da sintomatologia e do declínio, seguido da análise das variáveis que mostraram relação com a sintomatologia depressiva.

Assim, os resultados sugerem que, de uma forma geral, os idosos institucionalizados sofrem de sintomas ansiosos (presença média de 13 em 20 sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva é elevada entre esta população. Esta é uma conclusão que também foi retirada dos estudos de Gnjjidic e colaboradores (2012) e de Matlabi, Shaghaghi e Amiri (2014). De facto, já o sabíamos, os idosos são muito vulneráveis ao desenvolvimento de distúrbios mentais, como demência, depressão, ansiedade (Espírito-Santo et al., 2014; Gazalle et al., 2004; Maia et al., 2004; Oliveira et al., 2006). Na origem podem estar fatores psicossociais como perda de papéis sociais, perda de autonomia, lutos mal resolvidos e isolamento social, restrições financeiras e alteração das funções cognitivas (Avelino et al., 2013).

No nosso estudo, através de uma regressão logística, observámos que o sexo a ansiedade e os sintomas negativos estão associados à depressão e por cada sintoma ansioso a probabilidade de sofrer de depressão aumenta 5,9 vezes e por cada afeto negativo 3,8 vezes. Estes resultados são consistentes com os de Djernes (2006) e de Matlabi e colaboradores (2014).

Tal como nos estudos referidos por Maia e colaboradores (2004), também nesta investigação, as mulheres apresentam sempre valores mais elevados do que os homens, contudo também têm maior longevidade, o que justifica esta diferença. Finalmente, verificámos que a ansiedade é um fator de risco preditivo de depressão independentemente de outros fatores. Este aspeto é confirmado pela análise de regressão



efetuada e validada pela natureza longitudinal dos dados. Este resultados estão de acordo com os estudos de Meeks e colaboradores (2003), de Vink, Aartsen, e Schoevers (2008), de Vink e colaboradores (2009), de Garber e Weersing (2010), Potvin e colaboradores (2013), bem como o de Buhse e equipa (2014) e de Forlani e equipa (2014), que demonstraram que a ansiedade aumenta o risco de depressão. Também Pardal e equipa (2013) concluíram que a perceção de apoio social está relacionada com ansiedade, a depressão e a satisfação com a vida. O mesmo estudo demonstrou uma forte relação entre a ansiedade e a depressão.

Este estudo comprova, assim que, na amostra estudada, existe uma relação muito estreita entre a depressão e ansiedade. Estes resultados estão, ainda, de acordo com os estudos de Grant e equipa (2004) e de Schaffer e colaboradores (2012), onde podemos observar que a depressão pode conduzir a ansiedade e, inversamente, a ansiedade pode conduzir a depressão. Por isso mesmo, em termos de tratamento, muitos indivíduos com depressão major são tratados para a ansiedade com medicamentos e o contrário também se verifica. Parece-nos que o recurso a programas de reabilitação neuropsicológica podem ser uma mais valia no tratamento e prevenção da ansiedade e depressão, e, com efeito, já se verificaram resultados positivos na sua aplicação, incluindo a reabilitação cognitiva, terapia de reminiscência, e orientação para a realidade já se mostraram-se eficazes na melhoria das funções cognitivas e executivas, na sintomatologia depressiva de idosos institucionalizados (Lemos et al., 2014). As estratégias de intervenção devem sem dúvida envolver a integração de população idosa na vida social (Pardal et al., 2013).

### **Limitações do estudo e recomendações para futuras pesquisas**

Uma limitação do estudo foi a pequena e não-probabilística amostra, contudo este facto não deve ser atribuído à investigadora, mas às limitações temporais que um mestrado deste tipo impõe. Não obstante, o tamanho a homogeneidade da amostra limita a generalização deste estudo. Com efeito, as amostras constituídas por voluntários produzem resultados tendenciosos. Os resultados não significativos relacionados com as diferenças entre os grupos são, provavelmente, devido a um erro de tipo II por causa do pequeno tamanho da amostra. Um erro de tipo II é feito quando uma falsa hipótese nula é aceita. A forma mais clara, para evitar um erro de tipo II é o de aumentar o tamanho

da amostra, o qual por sua vez, vai aumentar o poder da análise estatística. Assim, sugerem-se replicações deste estudo em amostras maiores.

Faltou controlar dois valores bastante importantes a duração da institucionalização e a resposta social em que os idosos estavam inseridos, (semi-institucionalizados versus institucionalizados).

Outra limitação é que estamos perante uma amostra de pessoas que respondem voluntariamente, abordadas pelo investigador, tendo por isso, este, interferência na seleção. Numa amostra aleatória a probabilidade de ser incluído era, à partida, igual para todos os potenciais inquiridos (e que aceitassem participar no estudo). Muitas vezes, as amostras de resposta voluntária ora são maioritariamente constituídas por inúmeras pessoas que sobrestimam o tema ou que lhes é indiferente e por vezes muitas outras que o subestimam. Assim inferências a partir de uma amostra de resposta voluntária não são tão confiáveis como as conclusões com base numa amostra aleatória de toda a população em estudo (Freedman, 2008).

Outra limitação foi a de que as avaliações foram feitas por diferentes avaliadores nos diversos *follow-up*, o que representa um potencial viés. No entanto, o viés potencial foi minimizado pelo seguimento de protocolo padronizado pela coordenadora e coautora do estudo-mãe onde este se integra.

Apesar destas limitações, o nosso estudo tem também alguns aspetos fortes e estes devem ser expostos. No nosso caso, um ponto forte, é claramente a metodologia utilizada. O facto de ser *quasi* experimental e longitudinal permite averiguar o valor preditivo das variáveis independentes. Isto é, este tipo de estudo permite perceber se a evolução de uma variável dependente é afetada pela alteração de acontecimentos que a variável independente implica. Assim sendo, para futuros esforços de pesquisa, na continuidade do *Projeto Trajetórias do Envelhecimento*, onde nos inserimos, seria importante avançar para estudos mais controlados. Parece-nos também que os resultados deste estudo podem fornecer, para além da identificação e modificação dos fatores que predizem a depressão, as identificação de perspetivas e intervenção terapêuticas dirigidas para a diminuição destes fatores, que possam ter repercussão no quadro clínico da depressão ou sobre os traços básico desta.

Em conclusão, parece-nos importante que se implementem Programas de reabilitação e prevenção, impondo-se a replicação deste tipo de estudos em idosos não institucionalizados para confirmar se os resultados são os mesmos. Parece-nos ainda que as intervenções preventivas e os tratamentos, incluindo terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental, terapia de resolução de problemas, a terapia psicodinâmica breve, e revisão de vida/terapia reminiscência que se têm demonstrado eficazes, mas muito pouco usado com adultos mais velhos (Fiske, Wetherell e Gatz, 2009), deviam passar a ser mais usados em idosos institucionalizados.

## Bibliografia

- Aalten, P., Verhey, F. R. J., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E. J., Camus, V., ... Robert, P. H. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(6), 457–463. doi:10.1159/000110738
- Agrigoroaei, S. e Lachman, M. E. (2011). Cognitive Functioning in Midlife and Old age: Combined effects of psychosocial and behavioral factors, 130–140. doi:10.1093/geronb/gbr017
- Aizenstein, H. J., Andreescu, C., Edelman, K. L., Cochran, J. L., Price, J., Butters, M. A., ... Reynolds, C. F. (2011). fMRI correlates of white matter hyperintensities in late-life depression. *The American Journal of Psychiatry*, 168(10), 1075–82. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10060853
- Alves, V. H. S. (2012). *Cognitivo grupal e o seu impacto no funcionamento cognitivo e não-cognitivo de idosos sob resposta social*. ISMT. Retrieved from [https://www.academia.edu/3850265/Estudo\\_piloto\\_de\\_um\\_programa\\_de\\_reabilitacao\\_cognitivo\\_grupal\\_e\\_o\\_seu\\_impacto\\_no\\_funcionamento\\_cognitivo\\_e\\_nao-cognitivo\\_Preliminary\\_study\\_of\\_a\\_group\\_cognitive\\_rehabilitation\\_program\\_and\\_its\\_impact\\_on\\_cognitive\\_and\\_non-cognitive\\_functioning\\_](https://www.academia.edu/3850265/Estudo_piloto_de_um_programa_de_reabilitacao_cognitivo_grupal_e_o_seu_impacto_no_funcionamento_cognitivo_e_nao-cognitivo_Preliminary_study_of_a_group_cognitive_rehabilitation_program_and_its_impact_on_cognitive_and_non-cognitive_functioning_)
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115. doi:10.1590/S1516-44462000000300003
- Artero, S., Tierney, M. C., Touchon, J. e Ritchie, K. (2003). Prediction of transition from cognitive impairment to senile dementia: a prospective, longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(5), 390–3. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752036>
- Avelino, A., Cunha, A., Silva, P., Azevedo, E., Silva, J. e Filha, M. (2013). O cuidado ao idoso portador de transtorno mental sob a ótica da família. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(9), 75–83. doi:10.12707/RIII1291
- Barnes, D. E., Yaffe, K., Byers, A. L., McCormick, M., Schaefer, C. e Whitmer, R. A. (2012). Midlife vs late-life depressive symptoms and risk of dementia: differential effects for Alzheimer disease and vascular dementia. *Archives of General Psychiatry*, 69(5), 493–8. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1481
- Bedford, A., Lukic, G., Allerhand, M. e Deary, I. J. (2011). Mood and Anxiety Symptom Questionnaire anxiety items in an adult British clinical sample: one scale or two? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 347–353. doi:10.1002/cpp.722

- Berle, D., Starcevic, V., Moses, K., Hannan, A., Milicevic, D. e Sammut, P. (2011). Preliminary validation of an ultra-brief version of the Penn State Worry Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 339–346. doi:10.1002/cpp.724
- Broomfield, N. M., Laidlaw, K., Hickabottom, E., Murray, M. F., Pendrey, R., Whittick, J. E. e Gillespie, D. C. (2011). Post-stroke depression: the case for augmented, individually tailored cognitive behavioural therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 202–217. doi:10.1002/cpp.711
- Buhse, M., Banker, W. M. e Clement, L. M. (2014). Factors associated with health-related quality of life among older people with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 16(1), 10–19. doi:10.7224/1537-2073.2012-046
- Coote, H. M. J. e MacLeod, A. K. (2012). A self-help, positive goal-focused intervention to increase well-being in people with depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 305–315. doi:10.1002/cpp.1797
- Correia, A. F. N. (2007). *Rendibilidade de transacções de crédito pessoal com recurso a análise de sobrevivência*. Universidade do Porto. Retrieved from [http://www.fc.up.pt/fcup/contactos/teses/t\\_030370054.pdf](http://www.fc.up.pt/fcup/contactos/teses/t_030370054.pdf)
- Costa, J. e Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 292–302. doi:10.1002/cpp.718
- Davim, R. M. B., Torres, G. de V., Dantas, S. M. M. e Lima, V. M. (2004). Study with elderly from asylums in Natal/RN: socioeconomic and health characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 518–524. doi:10.1590/S0104-11692004000300010
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372–387. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Dunn, B. D. (2012). Helping depressed clients reconnect to positive emotion experience: current insights and future directions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 326–40. doi:10.1002/cpp.1799
- Espirito-Santo, H., Vicente, F., Cardoso, D., Silva, G. F., Ventura, L., Costa, M., ... Daniel, F. (2014). EPA-1653 – Risk and protective factors of depression in institutionalized elderly [Resumo]. *European Psychiatry*, 29, 1. doi:10.1016/S0924-9338(14)78799-1
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R. e Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336–353. doi:10.1037/1528-3542.7.2.336

- Fiske, A., Wetherell, J. L. e Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–89. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Forlani, M., Morri, M., Belvederi Murri, M., Bernabei, V., Moretti, F., Attili, T., ... Atti, A. R. (2014). Anxiety symptoms in 74+ community-dwelling elderly: associations with physical morbidity, depression and alcohol consumption. *PloS One*, 9(2), e89859. doi:10.1371/journal.pone.0089859
- Freedman, D. A. (2008). Statistical models and causal inference. Em *Statistical Models and Causal Inference: A Dialogue with the Social Sciences*. Retrieved from <https://www.ma.utexas.edu/users/mks/statmistakes/biasedsampling.html>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2012). Carta Social. *GEP - Ministério da solidariedade, emprego e segurança social*. Retrieved February 20, 2014, from [www.cartasocial.pt/elem\\_quant1.php](http://www.cartasocial.pt/elem_quant1.php)
- Gale, C. R., Allerhand, M. e Deary, I. J. (2012). Is there a bidirectional relationship between depressive symptoms and cognitive ability in older people? A prospective study using the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*, 42(10), 2057–69. doi:10.1017/S0033291712000402
- Garber, J. e Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 17(4), 293–306. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C. e Lima, M. S. de. (2004). Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 145–149. doi:10.1590/S1516-44462004000300003
- Ghisletta, P., McArdle, J. J. e Lindenberger, U. (2006). Longitudinal Cognition-survival Relations in old and very Old Age. *European Psychologist*, 11(3), 204–223. doi:10.1027/1016-9040.11.3.204
- Gilbert, P. e Leahy, R. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. (P. Gilbert & R. Leahy, Eds.) (p. 292). New york: Routledge. retrieved from [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=VIN\\_AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=The+Therapeutic+Relationship+in+the+Cognitive+Behavioral+Psychotherapies&ots=QqTAXgdMG0&sig=qJn65UrFKWzssY3VvoloukvnII](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=VIN_AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=The+Therapeutic+Relationship+in+the+Cognitive+Behavioral+Psychotherapies&ots=QqTAXgdMG0&sig=qJn65UrFKWzssY3VvoloukvnII)
- Gnjidic, D., Stanaway, F. F., Cumming, R., Waite, L., Blyth, F., Naganathan, V., ... Le Couteur, D. G. (2012). Mild cognitive impairment predicts institutionalization among older men: a population-based cohort study. *PloS One*, 7(9), e46061. doi:10.1371/journal.pone.0046061

- Gomes, A. C. A. (2005). *Sono , sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Universidade de Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1103/1/2008000122.pdf>
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807–816. doi:10.1001/archpsyc.61.8.807
- Gretarsdottir, E., Woodruff-Borden, J., Meeks, S. e Depp, C. A. (2004). Social anxiety in older adults: phenomenology, prevalence, and measurement. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 459–475. doi:10.1016/S0005-7967(03)00156-6
- Jager, C. A. e Budge, M. M. (2005). Stability and predictability of the classification of mild cognitive impairment as assessed by episodic memory test performance over time. *Neurocase*, 11(1), 72–79. doi:10.1080/13554790490896820
- Jorm, A. F. (2001). History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 776–781. doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00967.x
- Joseph, S., Murphy, D. e Regel, S. (2012). An affective-cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 316–325. doi:10.1002/cpp.1798
- Kabacoff, R. I., Segal, D. L., Hersen, M. e Van Hasselt, V. B. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(1), 33–47. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9131880>
- Köhler, S., Hoffmann, S., Unger, T., Steinacher, B., Dierstein, N. e Fydrich, T. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 97–106. doi:10.1002/cpp.795
- Lemos, L., Espirito-Santo, H., Silva, G. F., Costa, M., Cardoso, D., Vicente, F., ... Moitinho, S. (2014). EPA-1657 – The impact of a neuropsychological rehabilitation group program (NRGP) on cognitive and emotional functioning in institutionalized elderly. *European Psychiatry*, 29(3), 1. doi:10.1016/S0924-9338(14)78802-9
- Lezak, M. D., Howieson, D. B. e Loring, W. (2012). Observational methods rating scales, and inventories. Em M. D. Lezak, D. B. Howieson, E. D. Bigler e D. Tranel (Eds.), *Neuropsychological Assessment* (5.<sup>a</sup> ed., pp. 698–709). Oxford University Press.

- Li, Y. S., Meyer, J. S. e Thornby, J. (2001). Longitudinal follow-up of depressive symptoms among normal versus cognitively impaired elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 718–727. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11466752>
- Linden, M., Zubrägel, D. e Bär, T. (2011). Occupational functioning, sickness absence and medication utilization before and after cognitive-behaviour therapy for generalized anxiety disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 218–224. doi:10.1002/cpp.712
- Luppa, M., Luck, T., Ritschel, F., Angermeyer, M. C., Villringer, A. e Riedel-Heller, S. G. (2013). Depression and incident dementia. An 8-year population-based prospective study. *PloS One*, 8(3), e59246. doi:10.1371/journal.pone.0059246
- Maia, L. C., Durante, A. M. G. e Ramos, L. R. (2004). Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 650–656. doi:10.1590/S0034-89102004000500006
- Marques, M., Santo, H. E., Matreno, J., Fermino, S., Alves, V., Vigário, V., ... Ferreira, L. (2012). Abstracts of the 21st Congress of the European Sleep Research Society. September 4-8, 2012. Paris, France. *Journal of Sleep Research*, 21 Suppl 1, 1–387. doi:10.1111/j.1365-2869.2012.01044.x
- Matlabi, H., Shaghaghi, A. e Amiri, S. (2014). A Pilot physical activity initiative to improve mental health status amongst Iranian Institutionalized older people. *Health Promotion Perspectives*, 4(1), 68–76. doi:10.5681/hpp.2014.009
- Meeks, S., Woodruff-Borden, J. e Depp, C. A. (2003). Structural differentiation of self-reported depression and anxiety in late life. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(6), 627–646. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14624815>
- Moessner, M., Gallas, C., Haug, S. e Kordy, H. (2011). ( KPD-38 ): Sensitivity to Change and Validity of a Self-report Instrument for Outcome Monitoring and Quality Assurance, 338(September 2010), 331–338.
- Müller, a, Arikian, A., de Zwaan, M. e Mitchell, J. E. (2013). *Cognitive-behavioural group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: a preliminary study*. *Clinical psychology & psychotherapy*.
- Oliveira, K. L. de, Santos, A. A. A. dos, Cruvinel, M. e Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia Em Estudo*, 11(2), 351–359. doi:10.1590/S1413-73722006000200014
- Pachana, N., Byrne, G., Siddie, H., Koloski, N., Harley, E. e Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103–114.



- Pardal, A., Espirito-Santo, H., Lemos, L., Matreno, J., Amaro, H., Guadalupe, S., ... Gonçalves, R. (2013). 1556 – Social suport, mental health, and satisfaction with life in institutionalized elderly. *European Psychiatry*, 28(3), 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)76565-9
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Vallina-Fernández, O., Perona-Garcelán, S. e Cuevas-Yust, C. (2011). New life for schizophrenia psychotherapy in the light of phenomenology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 187–201. doi:10.1002/cpp.716
- Pezzotti, P., Scalmana, S., Mastromattei, A. e Di Lallo, D. (2008). The accuracy of the MMSE in detecting cognitive impairment when administered by general practitioners: a prospective observational study. *BMC Family Practice*, 9(29), 1–11. doi:10.1186/1471-2296-9-29
- Pocinho, M., Farate, C. e Dias, C. A. (2000). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade E as Novas Modernidades*, 18(10), 65–77. Retrieved from <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>
- Potvin, O., Bergua, V., Swendsen, J., Meillon, C., Tzourio, C., Ritchie, K., ... Amieva, H. (2013). Anxiety and 10-year risk of incident and recurrent depressive symptomatology in older adults. *Depression and Anxiety*, 30(6), 554–563. doi:10.1002/da.22101
- Quartilho, M. J. (2010). *Saúde Mental* (p. 128). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Retrieved from [http://www.uc.pt/imprensa\\_uc](http://www.uc.pt/imprensa_uc)
- Ritchie, L. J. e Tuokko, H. (2007). Neuropsychological prediction of attrition due to death. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(4), 385–394. doi:10.1080/13803390600726811
- Russell, D., Peplau, L. A. e Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290–294. doi:10.1207/s15327752jpa4203\_11
- Schaffer, A., McIntosh, D., Goldstein, B. I., Rector, N. A., McIntyre, R. S., Beaulieu, S., ... Yatham, L. N. (2012). The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(1), 6–22. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22303519>
- Stillman, A. N., Rowe, K. C., Arndt, S. e Moser, D. J. (2012). Anxious symptoms and cognitive function in non-demented older adults: an inverse relationship. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(8), 792–798. doi:10.1002/gps.2785

- Stulz, N. e Crits-Christoph, P. (2010). Distinguishing anxiety and depression in self-report: Purification of the Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory-II, 66(9), 927–940. doi:10.1002/jclp
- Vink, D., Aartsen, M. J., Comijs, H. C., Heymans, M. W., Penninx, B. W. J. H., Stek, M. L., ... Beekman, A. T. F. (2009). Onset of anxiety and depression in the aging population: comparison of risk factors in a 9-year prospective study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 17(8), 642–652.
- Vink, D., Aartsen, M. J. e Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1-2), 29–44. doi:10.1016/j.jad.2007.06.005
- WHO-Europe (2012). *The European health report 2012: charting the way to well-being*. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf)
- Wuyek, L. A, Antony, M. M. e McCabe, R. E. (2011). Psychometric properties of the Panic disorder severity scale: clinician-administered and self-report versions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 234–243. doi:10.1002/cpp.703
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. e Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>

